2ème Rencontre Villes et Santé Mentale
LA Santé mentale
A MARSEILLE
Habiter / Habiter ensemble
Lundi 16 Mars 2009
de 13h30 à 17h
L'Alcazar
56 cours Belsunce
13001 Marseille
MARSEILLE
marseille

Sommaire

Ouverture de la séance
par le Docteur Françoise GAUNET-ESCARRAS,
Adjointe au Maire de Marseille, Déléguée à la Santé, à l'Hygiène
et à la Prévention des risques sanitaires chez l'adolescent page 3

Introduction
par Mylène FRAPPAS, Chargée de Mission page 5

Introduction
Chantal DECKMYN, Sociologue/Urbaniste - Lire la Ville
« Habiter la Ville » page 8

Maud SGORBINI, Chargée de Mission, Délégation Générale au développement Urbain - Mission Habitat Communauté Urbaine de Lyon
« Santé psychique et logement : une démarche partenariale pour favoriser l'accès
et le maintien dans le logement des personnes rencontrant des difficultés psychiques » page 9

Discutant
Alain PREVOST, Expert gestion urbaine de proximité et qualité du service rendu - Délégation à l'action professionnelle de l'Union Sociale pour l'Habitat page 25

Docteur Pilar GIRAUX, Médecin - Service communal d'hygiène/Atelier Santé Ville d'Aubervilliers
« La santé mentale une affaire de tous :
l'expérience de l'Atelier santé ville d'Aubervilliers » page 27

Discutant
Docteur Jean-Pierre BAUCHERON, Psychiatre Chef de Service au CH Edouard Toulouse - CMP 1er ardt de Marseille page 38

Liste des participants page 41

Intervention de Madame Françoise GAUNET-ESCARRAS

Adjointe au Maire, Déléguée à la Santé, à l'Hygiène et à la Prévention des risques sanitaires chez l'adolescent

Bonjour,

Veuillez nous excuser pour ce léger retard, mais nous avons du attendre que les élèves du Louvre libèrent cette salle pour nous installer.
Je serai donc très brève afin que nous ne prenions pas trop de retard sur notre programme.
Je suis heureuse de vous accueillir dans ce beau lieu de culture marseillais.
Je vous remercie pour votre présence.

"Habiter/ Habiter ensemble"
Parce que les interpellations des professionnels et de nos concitoyens sont pressantes à ce sujet, mais aussi parce que le travail d'état des lieux que nous avons effectué en lien avec l'ORS PACA met en évidence l'acuité de la question du logement et de l'hébergement pour les personnes en soin et souligne des manques évidents sur notre territoire, je fais une priorité de la question de l'accès et du maintien dans le logement des personnes en souffrant de troubles psychiques.
Je sais que nous partageons cette préoccupation et que depuis de nombreuses années, Marseille est dans ce domaine un terrain d'échanges et d'expérimentations pour de nombreux acteurs locaux, professionnels du soin, du social, bailleurs sociaux, élus, associations de patients et de familles ...
Paradoxalement, dans nos sociétés modernes, L'habiter/l'habiter ensemble est devenu chose complexe... Recherche de logements, troubles du voisinage, problèmes d'incurie, contextes de vie insalubre, mise en danger de soi ou d'autrui, perte de droits, ruptures de soin, effacement des liens naturels de solidarité primaire... Autant de situations que nous rencontrons ...
Il nous parait essentiel qu'elles puissent être reconnues, partagées pour pouvoir être traitées.
A cet effet de nouveaux espaces de travail et de collaborations s'imposent ...
Par ces rencontres annuelles avec d'autres villes nous avons pris comme postulat que l'Action dans la Cité nécessitait des temps d'échanges avec des expériences conduites ailleurs.

Je salue Madame Maud SGORBINI et Madame le Dr Pilar GIRAUX qui ont accepté de venir témoigner des expériences respectivement conduites par la Communauté Urbaine de Lyon et à Aubervilliers. Je les remercie de venir contribuer à nos débats et enrichir notre réflexion.
La question de la Santé mentale vient fondamentalement interroger notre capacité à "vivre ensemble", je dirais aussi que les formes de "vivre ensemble" dont nous nous dotons affectent la santé mentale.

En tant qu'élue locale ma responsabilité est engagée à plusieurs niveaux sur cette question. C'est par la mise en place et l'animation d'une démarche inter partenariale, avec vous tous, que j'ai souhaité marquer cette responsabilité.

Ceci s'est traduit, après un temps de diagnostic et d'état des lieux prolongé, par la mise en place d'un Conseil d'Orientation en santé mentale. Dans un co-pilotage partagé avec les représentants locaux de la psychiatrie publique, il réunit des élus, nos partenaires institutionnels, des professeurs du soin, du médico-social et du social, des bailleurs sociaux, des associations de d'usagers et de familles, des chercheurs ...

Ce conseil s'est fixé trois axes de travail :
- La gestion des situations sensibles ou de crise.

- La formation et le soutien à la mise en réseaux des acteurs locaux.
- L'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques au sein de la Cité et plus particulièrement la question du logement.

En lien avec nos partenaires nous développons des projets et actions sur ce dernier axe.

Je citerai volontiers :

- l'investissement qui a été le nôtre dans le processus de régularisation d'un immeuble investi par des personnes malades et sans abri,
- la démarche de préfiguration au sein de l'ASV Santé mentale d'un dispositif inter partenarial (logeurs, professionnels du soin et du social) centré sur l'accès et le maintien dans le logement,
- la création d'un “réseau logement et santé mentale” dans le 1er arrondissement...

Je remercie d'ailleurs Alain PREVOST et le Dr BAUCHERON qui font partie de nos partenaires et qui ont, à partir de leur expérience et leur réflexion, accepté de venir jouer le rôle de discutant.

Cette Rencontre Villes et Santé Mentale précède la 3ème assemblée du Conseil d'Orientation qui se tiendra, à 17h30 en mairie. Comme l'année dernière, nous l'avons souhaité ainsi et espérons renouveler ce rendez vous avec vous.

Elle vient par ailleurs ouvrir la semaine d'Information en Santé Mentale à Marseille à laquelle j’apporte tout mon soutien. Depuis 1990, partout en France, les professionnels, les patients et leurs proches, ainsi que tous les partenaires de la santé mentale organisent des manifestations d’information et de réflexion qui s’adressent au grand public. Il s’agit à chaque fois de temps riches en partage de connaissances, en échanges et en émotions ... Je suis très heureuse de la synergie qui a été la nôtre pour la préparation de cette semaine.

J'espère que cet après-midi de rencontres vous permettra de trouver un prolongement au travail que nous avons engagé ensemble.

Je vous remercie

Introduction de Mylène FRAPPAS

Chargée de Mission - Direction de la Santé Publique

Je vous remercie pour votre présence.
Lorsque l'on évoque la question de la place dans la cité des personnes en souffrance psychique, le logement est, sans conteste, le problème majeur que rencontrent, à des degrés divers, patients, familles et professionnels des champs sanitaire et social.
Ceci s'explique par deux raisons principales :

- d'une part, par la pénurie globale et sévère de logements, et notamment de logements accessibles financièrement,
- et d'autre part, par la vulnérabilité spécifique des personnes en souffrance psychique qui nécessiterait des réponses diversifiées, en termes d'offre de logements et/ou d'hébergement adaptées aux besoins particuliers des personnes, comprenant, en outre, obligatoirement une dimension d'accompagnement social et/ou médical.

Les dernières décennies ont vu la société peu à peu s'installer dans une crise globale dont les conséquences multiples se traduisent, notamment en termes de souffrance spycho-sociale, élargissant ainsi à la fois le champ de ce qu'on appelait jusqu'alors « la santé mentale », mais aussi le nombre de personnes concernées, la palette des situations à traiter et des professionnels sollicités.
Les travaux du professeur Parquet et de l'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et précarité (ONSMP-ORSPERE) proposent ainsi une distinction entre :

- les personnes présentant des troubles mentaux caractérisés impactant de façon importante la vie sociale, familiale, professionnelle, et requérant des soins adéquats inscrits sur le long terme,
- les personnes ne relevant pas de la maladie mentale, mais d'une « souffrance psychique », requérant un large spectre d'interventions médicales, sanitaires, sociales, relationnelles, etc…

Pour sa part, le Haut Comité pour le Logement des Personnes Défavorisées a identifié des facteurs individuels multiples de l'exclusion du logement, facteurs regroupés sous le terme des « vulnérabilité », terme «qui traduits cette situation de risque particulier (…) qui appelle une action compensatrice adaptée de la collectivité ».

On peut lire dans son 11ème rapport : « si la pauvreté est le premier facteur individuel pouvant affecter la capacité d'une personne ou d'un ménage à accéder et se maintenir dans un logement décent, elle n'est pas le seul » (…).

En 2003, le Haut Comité indique dans son 9ème rapport, que « toute forme de handicap constitue une difficulté supplémentaire en matière de logement pour la simple raison qu'elle impose des contraintes particulières, soit sur les caractéristiques mêmes du logement, soit sur la mise en place conjointe d'un accompagnement ».

Mais il n'évoquait alors que partiellement la question du handicap psychique, tout en précisant toutefois que 30 à 40 % des sans domicile fixe étaient des malades psychiques.
Deux ans plus tard, en 2005, le HCLPD considère désormais la vulnérabilité liée à la santé mentale comme une « problématique très lourde », et y consacre toute la deuxième partie de son 11ème rapport : « Loger les personnes atteintes de troubles psychiques ».

La politique publique de des-hospitalisation développée depuis 1975 réservant les lits en hôpital aux périodes de crise, et les progrès obtenus avec les nouvelles générations de médicaments, ont conduit

ce que la plupart des malades psychiques quittent peu à peu l'hôpital. Pourtant, les associations de parents de malades psychiques estiment aujourd'hui, qu'au plan national, seulement 20 % des personnes dont la maladie est stabilisée vivent en logement autonome, 33 à 45 % vivant dans leur famille, solution considérée comme insatisfaisante sur le long terme par les proches.
Dans le même temps, les services des Urgences, surchargés, ne trouvent plus de lits dans les services psychiatrie, ceux-ci étant contraints de garder certains malades dans leurs murs faute d'un logement et/ou d'un accompagnement appropriés (cf PRSP, Plan Psychiatrie et Santé Mentale).

Les acteurs des champs du social et du médico-social observent le même phénomène : la pénurie sévère de logements, sociaux notamment, accessibles financièrement, provoque un blocage à la sortie de leurs dispositifs et empêche ainsi l'entrée de nouvelles personnes dans un parcours d'accompagnement vers l'autonomie qui permettrait de fluidifier les files actives de l'ensemble de la filière. Quant aux bailleurs sociaux, désormais fréquemment confrontés aux problématique complexes liées à la souffrance psychique, ils font le constat de leur incapacité à gérer seuls les questions, s'y investissent en termes humain et de savoir-faire nouveaux et pragmatiques, et sont demandeurs de partenariats alliant collectivités et acteurs du soins et du social.

Depuis plusieurs années, Marseille est, dans le domaine de l'accès et du maintien dans le logement pour les personnes souffrant de troubles psychiques, un terrain d'échanges et d'expérimentations pour de nombreux acteurs locaux, professionnels du soin, du social, bailleurs sociaux, élus associations de patients et de familles qui partagent ces constats. Je pense notamment au réseau Habiter ensemble, à tous ceux qui portent depuis des années des projets à bout de bras… Cette rencontre a pour objectif de soutenir et enrichir la multiplicité de leurs initiatives.

Les témoignages des actions conduites par la Communauté des Communes de Lyon et par la Ville d'Aubervilliers viennent démontrer que la prise en compte de la souffrance psychique qui apparaît sur les lieux du social relève d'une responsabilité collective.

Je remercie Maud SGORBINI et Pilar GIRAUX d'avoir accepté de se joindre à nous.
Recherche de logements, troubles de voisinage, contextes de vie insalubre, mises en danger d'autrui ou de soi, ruptures de soins, pertes de droits, perte des liens de solidarité premiers… autant de situations qui paraissent pouvoir être reconnues, partagées et traitées dans des espaces de collaboration nouveaux (réseaux, collectifs, convention).
La construction de ces espaces de collaboration vient réintroduire des liens, des supports propices à produire et préserver le « Vivre ensemble ».
Ces modes de collaboration nous interrogent dans leurs aspects techniques, financiers, contractuels, politiques… Il nous interrogent aussi dans leurs gestion quotidienne, comment mettre en place des dispositifs spécifiques facilitateurs en évitant de produire de la stigmatisation, de la désignation ? Comment rester dans la solidarité, le non abandon, l'étayage social sans être instrusif ? Comment partager des informations tout en respectant la confidentialité ?

Je remercie Alain PREVOST et le Docteur Jean-Pierre BAUCHERON, qui sont tous deux inscrits par leur pratique dans cette réflexion, d'avoir accepté de venir engager le débat avec nos invités.

L'action dans la cité nécessite sans cesse, échange des savoirs et des pratiques, croisement des regards d'ici d'ailleurs … tel est le postulat de ces rencontres.
Les regards d'ailleurs ne font pas toujours référence à un ailleurs géographique. Il peut s'agir aussi d'un ailleurs disciplinaire. En invitant une urbaniste, nous souhaitions avoir l'éclairage d'une spécialiste sur le « comment la ville fait l'individu et comment l'individu s'approprie et fait la Ville ». Chantal, merci de

t’être joint à nous aujourd’hui. Avec toi, nous allons certainement ouvrir nos premières questions de façon inattendue mais j’en suis persuadée, nous allons être bousculés dans nos certitudes.

Chantal DECKMYN

Sociologue/Urbaniste – Lire la Ville

« Habiter la Ville »

Lien vers PDF de Chantal DECKMYN

Maud SGORBINI

Chargée de Mission, Délégation Générale au développement Urbain – Mission Habitat
Communauté Urbaine de Lyon

Rappel du contexte et des enjeux dans lesquels s'inscrit cette problématique.
Présentation des objectifs et des axes de travail.
Point sur l'état d'avancement du travail mené dans le cadre du projet « santé psychique et logement ».

Depuis plusieurs années dans le cadre de la Conférence d'agglomération de l'habitat (co-présidée par le préfet et le président de la Communauté urbaine) nous avons initié un travail en partenariat ayant pour but de traiter la situation de familles en difficultés avec leur environnement auxquelles les communes sont régulièrement confrontées. On constate que ces familles cumulent de nombreuses difficultés : violences familiales importantes, délinquance des mineurs, carence éducative, problèmes de santé mentale … etc.
L'échelon communal et les dispositifs partenariaux habituels apparaissent parfois inadaptés à la résolution de ces cas complexes ; c'est pour cette raison que la Communauté Urbaine de Lyon, en association avec l'Etat**, a souhaité élargir le champ de recherche de solutions possibles, dans l'esprit d'une résolution collective des problèmes.**
Ainsi dans le cadre de la Conférence d'agglomération de l'habitat, un groupe de travail d'une vingtaine de personnes s'est constitué en 1999 **autour de la nécessité d'avoir une vision globale de chaque situation.** Composé de la DDE, de la DASS, de la préfecture, de la Communauté Urbaine, du Conseil Général, des élus, des services de la Justice, de l'Education Nationale et de la santé psychique (Interface SDF Saint Jean de Dieu) et, enfin, des bailleurs, le groupe a travaillé durant un an à la rédaction d'une « Charte d'intervention pour les familles en difficultés avec leur environnement »
Au début de l'année 2000, la Charte est signée par l'Etat, la Communauté Urbaine, le Conseil Général et l'ABC HLM (association regroupant une trentaine de bailleurs de la Communauté urbaine). La phase de mise en œuvre associe au niveau communal les acteurs du logement, comme ceux de l'action sociale, de l'éducation nationale, de l'emploi, de la police, de la justice ou de la santé.
Il est important de souligner que la mise en œuvre de la charte, impliquant une démarche lourde et un travail en profondeur, **revêt un caractère exceptionnel. Elle intervient en dernier recours après le constat d'échec des dispositifs de droit commun. Elle ne concerne donc qu'un nombre restreint de familles.**
L'expérience du dialogue et du partage d'informations entre les travailleurs sociaux, les réservataires de logement et les communes au sein de la Communauté urbaine a favorisé l'émergence de cette charte et sa mise en œuvre.
L'idée régulatrice est de dépasser le problème du relogement et d'avoir une vision globale et précise des difficultés de la famille afin de trouver des solutions pérennes. **La Charte s'inscrit contre l'idée banalisée et réductrice qu'il suffit de déplacer les familles en difficulté pour régler les problèmes. Il s'agit :**
D'intervenir collectivement pour résoudre des situations que chacun des acteurs ne peut résoudre seul.
De mettre en œuvre des solutions adaptées aux familles en difficulté en concertation avec les communes concernées et l'ensemble des partenaires.
De fixer des modalités d'action à mener auprès de ces familles dans le respect des compétences de chacun et des règles déontologiques liées au travail social.
De ne pas se substituer aux autres démarches de droit commun.

Au niveau de l'agglomération, **les deux principaux objectifs dans lesquels s'inscrit cette démarche sont de concilier un toit et la tranquillité pour tous, et d'aider les acteurs de terrain dans la prise en compte des situations locales. C'est le logement banalisé qui est au cœur de la réflexion,** en effet, la difficulté grandissante concerne les ménages vivant déjà dans le parc banalisé ou souhaitant trouver un logement dans le parc.

Le travail réalisé au travers de la «charte d'intervention pour les familles en difficulté avec leur environnement » nous a conduit à élargir la réflexion à la question de «la santé psychique et du logement ». En effet, nous nous sommes aperçus qu'une part significative des ménages approchés dans le cadre de la charte sont concernés par des problèmes de santé psychique importants, qui dépassent les compétences des organismes qui interviennent habituellement en matière d'accompagnement social lié au logement. Ces difficultés rejoignent l'émergence de nouveaux phénomènes liés à des situations de précarité ou d'exclusion.
En outre, les organismes compétents dans le domaine de la santé psychique que nous avons approchés ne peuvent pas, pour diverses raisons, prendre en charge le suivi des familles repérées à partir des troubles majeurs de voisinage et qui, dans la plupart des cas, n'envisagent aucunement de s'engager dans une démarche thérapeutique.
C'est pourquoi nous avons souhaité engager une démarche avec les hôpitaux psychiatriques de l'agglomération lyonnaise et les organismes qui travaillent dans ce domaine afin de réunir les conditions de résolution de ces situations. Elle a notamment abouti en 2002 à la création d'un atelier de la Conférence d'agglomération de l'habitat sur le thème « Santé mentale et logement »
Les acteurs de cette démarche sont animés par des objectifs différents : ils s'apparentent soit à la gestion du risque (élus, bailleurs) soit à l'insertion par la santé ou le logement (hôpitaux, associations…). Ainsi les élus sont interpellés en cas de problèmes dans le cadre de leurs responsabilités, les bailleurs s'efforcent de gérer le patrimoine et d'assurer la tranquillité pour les autres locataires, les acteurs de la santé mentale œuvrent pour soigner et réinsérer les personnes en souffrance.
Le logement, réponse à un besoin primaire de sécurité et de protection autant qu'élément de dignité et d'identité sociale, est **une question primordiale dans une vie**. Alors qu'il existe une grande variété de manifestations individuelles de handicap psychique, toutes, loin s'en faut, ne nécessitent pas de vivre en milieu hospitalier. Il importe donc de **favoriser l'intégration ou le maintien des personnes touchées** dans des logements « banalisés ».

A la suite des réflexions menées au sein de l'atelier santé mentale et logement, la Conférence d'agglomération de l'habitat (CAH) qui s'est réunie le 17 juin 2004, a validé les objectifs proposés ci-dessus.

Dans un contexte de fortes contraintes budgétaires l'objectif de ce travail est aussi, d'optimiser l'efficacité des outils, démarches ou procédures déjà existants en s'appuyant et en améliorant le travail partenarial.

Il est important de rappeler la nécessité de bien intégrer dans cette démarche :
- la notion de temps, il s'agit de travailler dans la durée,
- et la notion de pérennisation des actions entreprises sur la base par exemple de formalisation de protocoles, pour cela **le portage institutionnel et politique apparaît comme indispensable.**

Afin de favoriser l'appropriation et le partage de la démarche par chacun des acteurs à l'échelle de l'agglomération, ses grands objectifs ont été déclinés au sein d'**un guide pratique intitulé « Santé mentale et logement dans le Grand Lyon » en cours de réactualisation**. En complément, un **ensemble de dispositifs opérationnels** est en cours d'élaboration pour établir des règles communes

de fonctionnement, proposer des outils de gestion de crise ainsi que des protocoles de traitement de situations ou de difficultés pré-identifiées.
Une **formation - action** a été également mise en place à partir du diagnostic des besoins des partenaires et des territoires. Rassemblant l'ensemble des acteurs, elle a pour objectifs de partager les connaissances, les expériences et les pratiques, et de créer des outils d'analyse et d'évaluation. Enfin, la constitution ou le renforcement de **réseaux spécialisés** permettent d'échanger sur les pratiques et de développer des procédures partagées, réellement applicables et efficaces.

Dans chacune de ces instances les quatre grandes familles de partenaires sont représentées :
Les professionnels du travail social et médico-social
Les professionnels de la psychiatrie
Les bailleurs et les gestionnaires de logements
Les associations d'usagers et les familles de malades

Rappel des objectifs du guide :
Rendre plus lisible le dispositif du logement et améliorer la lisibilité des partenaires et des personnes ressources en santé psychique sur le territoire du Grand Lyon afin de faire connaître l'action des différentes structures, de favoriser les liens et les échanges entre acteurs.
Donner les clés des différents modes de prise en charge sur l'agglomération et leurs cadres respectifs pour intervenir le plus en amont possible, mais également pour gérer au mieux les situations de crise.
Faciliter l'intégration dans le marché du logement des personnes prises en charge par les institutions psychiatriques par le rappel des outils dont disposent les organismes de logement social pour participer au maintien et à l'intégration des personnes en souffrance psychique dans le parc de logement banalisé.

Ce guide s'adresse aussi bien à des spécialistes de la santé psychique, qu'à tous les acteurs intervenant sur le logement banalisé. Son actualisation régulière est l'occasion de poursuivre la connaissance réciproque entre les acteurs du social, du logement et de la santé. En effet, ce guide se veut être une incitation à la réflexion, à la connaissance et la coordination des partenaires.

Objectifs généraux de cette démarche de « formation - action » :
Mise en place progressive de l'évaluation partagée (appropriation par les différents partenaires), favoriser l'accès au logement et améliorer les conditions de maintien dans le logement.
Optimisation des outils et / ou des démarches existantes, à moyens constants.
Amélioration -dans la durée- de la connaissance réciproque des acteurs.
Pérennisation d'un cadre formalisé à l'échelle de l'agglomération et des différentes institutions concernées par la démarche (évaluation partagée, modes de collaboration en vue du maintien et de l'accès, intégration des savoir-faire dans les programmes de formation traditionnels des différents partenaires …).

Au niveau du territoire la formation-action réalisée en trois étapes a pour objet :
De constituer ou de renforcer des réseaux actifs et de les faire travailler ensemble.
De réaliser des outils partagés pour conduire les expérimentations.
De conduire des projets concrets sur le terrain des « participants ».

Première étape : un module « connaissances partagées » où il s'agit d'acquérir un niveau d'information de base commun à tous les acteurs, de découvrir les autres partenaires, leur cadre d'intervention et leurs contraintes, d'apprendre à se connaître.

Deuxième étape : un groupe « formalisation d'outils communs » qui a pour objectifs de créer et de formaliser des outils qui permettront d'engager et / ou de conduire des projets et de les évaluer, de travailler en partenariat, de se comprendre, d'identifier les ressources et les freins.

Les deux premières fiches outils ont été travaillées à partir de travaux existants :

Charte d'intervention pour les familles en difficulté avec leur environnement.

Grille d'analyse réalisée en 2003 dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins du Rhône (PRAPS) qui vise à faciliter la communication entre les champs de la psychiatrie et du social.

Travail partenarial, principes et méthodologie :

Cette méthodologie **fixe les modalités de l'action** à mener auprès des familles et ou personnes. Elle ne se substitue en aucun cas aux autres démarches de droit commun. Elle respectera les compétences et les règles déontologiques de chaque partenaire. Elle a pour objectif de placer le ménage au centre de la démarche.

Dans l'esprit **d'une résolution collective des problèmes**, l'approche transversale favorise la prise de recul. Elle apparaît comme un moyen pertinent pour trouver les actions à engager afin de résoudre au mieux les situations complexes.

Grille d'analyse / diagnostic partagé :

Approche recommandée : la grille est alimentée par la personne sollicitée par le ménage ou par le tiers pour échanger avec les partenaires sociaux, médicaux, ou les bailleurs. Suivant le situation, le demandeur peut-être associé à un moment ou tout au long de la démarche. Cette grille n'a pas pour vocation à être formalisée et diffusée.

Partage d'information : la grille est un outil de partage des d'informations et de conduite de réunion. Elle a été conçue comme un canevas, support des échanges entre les différents partenaires. Elle est destinée à être alimentée et permettre le partage de l'information entre l'ensemble des partenaires.

Accompagnement à la recherche d'un logement ou au maintien dans le logement : à caractère préventif, ou curatif, l'outil peut être utilisé en amont, pour accompagner un ménage dans l'accès à un logement, ou bien permettre le maintien d'une personne dans un logement banalisé dans les meilleures conditions.

Composition du groupe méthodologique

CAF
Hébergement
UNAFAM
Psychiatrie
Logement
Groupe référent

Troisième étape : un module «maintien et accès » conduite de projet qui a pour objectifs de connaître et de comprendre la problématique de l'accès au logement et du maintien dans le logement, de conduire un projet localisé comme la constitution d'un réseau, la conduite d'une action, …etc.

Tassin : il s'agit de renforcer le rôle du Comité Opérationnel d'Attribution (COA) et d'y impliquer des acteurs (pas seulement des acteurs institutionnels), et **surtout** de constituer une instance de partage pour résoudre les situations qui posent de gros problèmes à la résidence du fait de l'inadaptation de la présence de ces personnes avec la vocation d'ADOMA et de ses moyens. Dans cette instance, l'objectif est de rechercher avec les partenaires concernés des voies de solution. Dix usagers sont

concernés en priorité, auxquels il convient d'ajouter dix autres moins prioritaires. Le groupe a défini l'instance, son fonctionnement, son portage. Elle a été présentée en COA aux partenaires fin janvier.
Il reste à définir les deux premières dates de réunion et à formaliser un document qui sera signé par a priori ADOMA et le centre hospitalier.

GRIM : ce projet d'hébergement est très attendu des partenaires, le travail conduit par le groupe devrait être finalisé à la prochaine séance de travail. La réalisation du projet dépend de l'implication d'un maître d'ouvrage, bailleur social ou privé, qui adhérerait à ce projet (le lieu est toujours en recherche).

Vénissieux : l'instance logement proposée par le groupe est en cours d'officialisation (CLSM notamment). Le travail sur la convention n'est pas commencé.

La connaissance de la demande en logement doit permettre d'aider à la décision les principaux partenaires institutionnels et les gestionnaires de logement sociaux notamment en matière de programmation de logements et d'orientations des attributions.
Aussi, les partenaires souhaitent avoir une meilleure connaissance des besoins en logement et hébergement des personnes rencontrant des difficultés psychiques. Il s'agit d'une part de recenser les différentes sources d'information et les modalités de recensement de la demande et d'autre part d'avoir une première estimation des besoins (quantitative, qualitative) sur le territoire du Grand Lyon.
Le champ de la mission concerne les personnes hospitalisées ou bénéficiant de soins ambulatoires qui seraient en capacité d'intégrer un logement ou un lieu d'hébergement.

Organisation actuelle du recensement de la demande
Mise à jour des réseaux formels ou informels de repérage de la demande.
Identification des critères utilisés par les différents acteurs et description de l'organisation de l'enregistrement de la demande :
- il y a-t-il, comment, et qui réalise l'enregistrement de la demande : sur fichiers manuels, logiciel informatique? Dans quels territoires ?
- quels sont les moyens utilisés, dans le cadre d'un service existant ? identifié (lui même en lien avec d'autres services internes) ? hiérarchisé ?
- existe-t-il une organisation pour l'accueil du public ? dans quels territoires ?
- quels sont les critères utilisés par les uns et les autres (composition, situation socio-économique, plafonds de ressources,…..), s'agit-il de critères standardisés ? ou au cas par cas ? Une grille de critères commune se dégage-elle des différentes pratiques ?
- quels sont les liens entre les lieux d'enregistrement et les filières d'accès ?

Approche des besoins : identification des principaux résultats
Il s'agit, du recueil des données :
Auprès des fichiers d'enregistrement de la demande :
- estimation du volume total des demandes de demandeurs résidant dans le Grand Lyon à partir de tous les fichiers existants,
- analyse des caractéristiques de la demande des ménages.

Auprès des dispositifs de repérage de la demande qui n'enregistrent pas obligatoirement les demandes.

Préconisations pour améliorer la connaissance des besoins

Saisir les points forts et les points faibles dans les pratiques des partenaires pour la saisie de la demande (notamment l'analyse portant sur la collecte des données et les résultats).

Dégager les principaux points d'appui pour une meilleure prise en compte de la demande des personnes rencontrant des difficultés psychiques (notamment la question de l'enregistrement).
Identifier les liens avec les différents lieux d'accès (santé ? social ? logement ?).
Comment mettre en œuvre une approche organisée, consolidée et fine des besoins à l'échelle de l'agglomération en lien avec les autres dispositifs d'observations existants (ILHA, OHT) ?

Mise en place d'une communication spécifique à ce projet afin de faire connaître cette démarche et de la faire partager.
Outre l'actualisation du guide, des outils de communication ont été créés en 2008 : une charte graphique, une exposition « autoportée » déclinée en plaquette.
Dans le cadre de la réalisation de la charte graphique spécifique, **une identité visuelle a été réalisée**.
Elle a pour objectif d'être utilisée facilement et d'être adaptable à la communication de chaque partenaire (déclinaison sur différents supports de communication).
Elle comprend en particulier un label stylisé qui peut être utilisé comme signature pour les communications communes à tous les partenaires et comme un label pour les communications menées par un ou plusieurs partenaires. Les principaux partenaires associés à ce label sont les suivants : Grand Lyon, Etat, CAF de Lyon, ABC HLM, HP Le Vinatier, HP Saint Jean de Dieu, HP Saint Cyr au Mont d'Or, UNAFAM, Coordination 69 soins psychiques et réinsertions.
Mais aussi : OPAC de Villeurbanne, ADOMA, Confédération nationale des administrateurs de biens (CNAB), Cellule interface offre/demande (CIOD), Association ORLOGES (Office rhodanien du logement social), Fédération des associations pour la promotion et l'insertion par le logement Rhône-Alpes (FAPIL), Habitat et humanisme, Ville de Vaulx-en-Velin, Ville de Lyon, Ville de Rillieux-la-Pape.

Par ailleurs ce projet est mis en valeur par la Direction de la prospective et de la stratégie du grand Lyon dans le cadre de Millénaire 3 (dossier en cours de finalisation). La DPSA est l'outil d'animation de la prospective et de la stratégie du Grand Lyon :
Pilote des études, organise des débats
Anime des journées de travail
Edite des publications
Joue le rôle d'incubateur des nouvelles politiques du Grand Lyon
La DPSA gère le centre de ressources prospectives du Grand Lyon, Millénaire3. Toutes ses productions sont organisées et restituées sur le site millenaire3.com.
Millénaire 3 est un outil de connaissance de la métropole lyonnaise au service des citoyens, des acteurs, des professionnels du Grand Lyon et des institutions partenaires de la collectivité. Il met à disposition des ressources utiles pour :
Lire la Métropole : acteurs, institutions, initiatives, événements récurrents ou non, sites et médias
Partager la réflexion : interviews, textes d'auteurs, rapports, documents officiels, comptes-rendus, ouvrages et thèses
Relever et comprendre les dynamiques du territoire : synthèses, chiffres et cartes, chronologies.

SANTE PSYCHIQUE ET LOGEMENT

2ème Rencontre Villes et Santé Mentale
Habiter / Habiter ensemble
Ville de Marseille

16 mars 2009

Communauté urbaine de Lyon / Maud Sgorbini

CONTEXTE

- Conférence d'agglomération de l'habitat
- Charte d'intervention pour les familles en difficulté avec leur environnement

ENJEUX D ’AGGLOMERATION

- Concilier un toit et la tranquillité pour tous
- Aider les acteurs de terrain dans la prise en compte des situations

GRANDLYON

3

Santé psychique et logement

- Une part significative de ménages touchés par des problèmes de santé psychique
- Des difficultés à réunir les conditions nécessaire à la résolution de ces situations

GRANDLYON

4

Santé psychique et logement : 3 objectifs

- **mobiliser, coordonner** les différents acteurs en favorisant le partage des connaissances et des pratiques,
- **favoriser le maintien dans le logement en définissant des modes opératoires** qui accompagneront l'intervention coordonnée des acteurs pour intervenir le plus en amont possible, mais également mieux gérer les situations de crise,
- **faciliter l'accès** à un hébergement adapté ou a un logement banalisé des personnes prises en charge par les institutions psychiatriques et, adapter **la gamme de produit logement** aux difficultés rencontrées par certains ménages.

5

Santé psychique et logement : modalités de mise en œuvre

- **Structuration et partage de l 'information** notamment par la constitution d'un guide à l'échelle de l'agglomération
- **Mise en œuvre de dispositifs opérationnels** (outils de gestion de la crise, protocoles de traitement des situations, résolution des situations difficiles,, etc...)
- **Formations-action** à partir des besoins (partage de connaissance, échange de pratiques, formation des personnels au contact, aide aux aidants…)
- **Constitution de réseaux**, échanges de pratiques

6

Santé psychique et logement : les instances du projet

- **Le comité de pilotage**
  - ? Définit les orientations et le cadrage de la mission
  - ? Se réunit environ une fois par an
- **Le comité de pilotage technique**
  - ? Suit la mise en œuvre des orientations définies
  - ? Valide chaque étape
  - ? Veille à l'atteinte des objectifs
  - ? Se réunit deux fois par an
- **Le groupe référent**
  - ? Est représentatif du comité de pilotage technique
  - ? Accompagne le chef de projet et les consultants au quotidien et leur apporte son expertise
  - ? Veille à la cohérence des actions engagées
  - ? Se réunit tous les deux mois (voire toutes les six semaines)

GRANDLYON

7

Santé psychique et logement : état d'avancement

1- Guide pratique « santé psychique et logement »

- **2006, élaboration du guide pratique « santé mentale et logement »**
  - ? **Rendre plus lisible** le dispositif du logement et améliorer la lisibilité des partenaires et des personnes ressources en santé psychique
  - ? **Donner les clés des différents modes de prise en charge** sur l'agglomération et leurs cadres respectifs
  - ? **Faciliter l'intégration** dans le marché du logement des personnes prises en charge par les institutions psychiatriques
- **2008, actualisation du guide, objectifs poursuivis :**
  - ? Actualiser le guide au regard des différentes évolutions (juridiques, politiques publiques, dispositifs …)
  - ? Intégrer les éléments issus de la 1ère session de formation - action
- **Maîtrise d'ouvrage et financement :** Grand Lyon
- **Comité de rédaction :** groupe référent et travailleurs sociaux de CCAS

GRANDLYON

8

Santé psychique et logement : état d'avancement

2- Formation – action

- **Une démarche en alternance**

? Apport théoriques + présentation d'expériences

? Méthodologie de conduite de projet

? Conduite de projet/actions sur les territoires

- **Une trentaine de stagiaires concernés issus des quatre grandes familles de partenaires :** logement / hébergement, social / médico-social, psychiatrie, usagers

9

Santé psychique et logement : état d'avancement

2- Formation – action (suite)

- **Deux sessions réparties chacune sur quatre territoires :** Vénissieux, Tassin, Lyon 5ème, Lyon 9ème pour la 1ère session (2008/2009) et Lyon 7ème, Lyon 8ème, Villeurbanne et Dardilly pour la 2ème session (2009/2010)
- **Assistance à maîtrise d'ouvrage :** Laurence Sik Sik, consultante
- **Cofinancement :** Etat (pour la 1ère session), ABC-HLM, Grand Lyon + ressources internes des partenaires avec la participation des professionnels aux différentes formations en tant que formateur.
- **Maîtrise d'ouvrage :** ABC HLM

10

Santé psychique et logement : état d'avancement

2- Formation – action (suite)

- **Etape 1 : connaissance partagée, 7 modules (4,5 jours)**

? M1 Secret professionnel et secret partagé
? M2 Les maladies et leurs incidences sur le comportement
? M3 Cadre légal, organisation et pratiques de la psychiatrie sectorisée
? M4 Cadre légal et pratiques du secteur social et médico-social
? M5 Pratique et réglementation du logement et de l'hébergement
? M6 Prévenir les discriminations – Protection tutélaire, quel outil pour les acteurs de l'habitat ?
? M7 Point de vue des familles et des usagers

GRANDLYON

11

Santé psychique et logement : état d'avancement

1- Formation – action (suite)

- **Etape 2 : formalisation d'outils communs (2,5 jours)**

? **Réalisation de fiches outils par le groupe**

° Travail partenarial : principes et méthodologie : la méthodologie place le ménage au centre de la démarche. Il s'agit d'une approche transversale partenariale dans l'esprit d'une résolution collective des problèmes

° Grille d'analyse / diagnostic partagé : il s'agit d'un outil de partage des informations et de conduite de réunion, conçu comme un canevas, support des échanges entres les différents partenaires

° Mode d'emploi sur le travail en réseau : agir en situation difficile, que faire ? Qui contacter ? : il s'agit d'aider à repérer les signes de détresse, à mieux faire face à une situation (prévention ou urgence) et à donner quelques conseils pour mieux communiquer avec une personne en souffrance

GRANDLYON

12

Santé psychique et logement : état d'avancement

1- Formation – action (suite)

- **Etape 2 : formalisation d'outils communs (suite)**

? **Réalisation par la consultante de fiches actions / dispositifs validées par le groupe de pilotage technique et le groupe référent :** Associations GRIM, ORLOGE, GEMINI, FIRMAMENT…SAMSAH, SAVS, GEM, CLSM, Résidence sociale, résidence accueil, maison relais, lits halte soins santé…..

? **Supports méthodologiques de conduite de projet mis à disposition des stagiaires** : ordre du jour, compte rendu, tableau de bord, définition d'un objectif, fiche de conduite de réunion, …

GRANDLYON

13

Santé psychique et logement : état d'avancement

1- Formation – action (suite)

- **Etape 3 en cours : conduite des actions (3,5 jours par groupe)**

? **Deux groupes constitués** chacun de deux territoires

? **Une action** par territoire

? **Deux axes de travail :**

° Apport de connaissance, partage d'expériences

° Appui dans la conduite des actions :

· **Tassin** : déclinaisons de la convention entre Saint Jean de Dieu et ADOMA concernant la résidence d'Alaï. Ces déclinaisons concerneront les résidents, le travail avec les partenaires (CH et bailleurs) et les liens avec l'équipe responsable de la résidence.

· **Lyon 5** : définition des modalités de suivi et d'évaluation de la démarche de soutien aux bailleurs mise en place à Lyon 5

GRANDLYON

14

Santé psychique et logement : état d'avancement

1- Formation – action (suite)

- **Etape 3 en cours : conduite des actions (suite)**
  - **Action Lyon 9** :
  - GRIM **:** renforcer le travail partenarial avec GRIM autour du projet d'hébergement projeté par l'association
  - INTERFACE Lyon 9 **:** travailler sur les modes d'information et de communication
  - **Vénissieux :**
  - Proposition de création d'une instance logement dans le cadre du CLSM
  - Définition des pré-requis des acteurs concernés par la convention partenariale entre la future maison relais (ADOMA) et Saint Jean de Dieu.

15

Santé psychique et logement : état d'avancement

3- Approche des besoins en logement et hébergement

❖ **Lancement de l'étude en mars**

❖ **Maîtrise d'ouvrage et financement:** Grand Lyon

❖ **Champ de la mission :** personnes hospitalisées ou bénéficiant de soins ambulatoires en capacité d'intégrer un logement ou un lieu d'hébergement

❖ **Objectifs de la mission :**

- Avoir une meilleure connaissance de la demande
- Aider à la décision en matière de programmation de logement et d'orientations des attributions

16

Santé psychique et logement : état d'avancement

3- Approche des besoins en logement et hébergement (suite)

❖ **Attendus de la mission :**

- Organisation actuelle du recensement de la demande
? Mise à jour des réseaux formels ou informels de repérage de la demande
? Identification des critères utilisés par les différents acteurs et description de l'organisation de l'enregistrement de la demande

- Identification des principaux résultats
? Auprès des fichiers d'enregistrement de la demande
? Auprès des dispositifs de repérage de la demande qui n'enregistrent pas obligatoirement la demande

- Préconisations pour améliorer la connaissance des besoins afin de mettre en œuvre une approche organisée, consolidée et fine des besoins à l'échelle de l'agglomération en avec les autre dispositifs d'observations existant

17

Santé psychique et logement : état d'avancement

4- Communication

❖ **Mise en place d'une communication spécifique**
- Réalisation d'une charte graphique
- Création d'un label « Santé psychique et logement »
- Création d'une exposition « autoportée »
- Réalisation d'une plaquette

❖ **Création en cours d'un espace collaboratif avec des** rubriques simples : documents (généraux, modules thématiques formation, fiches pratiques, outils du partenariat..) actualités, sites ressources, acteurs, agenda

❖ **Processus Millénaire 3 en cours de réalisation**

18

Santé psychique et logement : état d'avancement

5- Forum « carrefour des initiatives : santé psychique et logement »

- **Manifestation prévue en** octobre 2009
- **Organisation :** prise en charge par le Grand Lyon et ABC HLM avec le concours d'autres partenaires
- **Objectifs de la journée :**
  - Capitaliser et valoriser le travail réalisé depuis 2002
  - Faire connaître et conforter les réseaux constitués
  - Poursuivre le travail engagé et définir de nouveaux axes de travail notamment sur la question des besoins en logement et hébergement

GRANDLYON

19

Intervention d'Alain PREVOST

Expert en gestion urbaine de proximité et qualité du service rendu – Délégation à l'action professionnelle de l'Union Sociale pour l'Habitat

« On peut constater que le type d'expérience qui vient de nous être présentée reste encore marginale dans le mouvement HLM. Elle reste du côté de l'innovation. On a un certain nombre d'expériences de pointe qui sont partagées avec des partenaires et des collectivités territoriales. Cependant, dans les pratiques et la culture HLM, ces problématiques ne sont pas banalisées du tout, il y a beaucoup de structures qui disent encore que cela n'est pas de leur compétence.

J'ai l'avantage d'appartenir à l'AROHLM National et en même temps, je travaille localement. On pourrait penser en entendant l'exemple de Lyon que les réflexions et les expériences sont très avancées. Ce n'est pas le cas. Sur Marseille, nous avons un peu avancé. Ce n'est pas, bien sûr, la seule ville qui a encore beaucoup de réflexion à conduire. Ceci pose question dans la mesure où dans le grand Lyon ce travail a pu s'appuyer sur des pratiques partenariales qui existent depuis de longues années, que cela soit inter institutionnel ou à l'intérieur même du monde HLM. Il y a des structures opérationnelles qui ont été mises en place, notamment l'organisation inter-organismes ABC, il y a aussi d'autres dispositifs qui facilitent la réflexion et la mise en place d'actions. C'est un peu plus laborieux ici. Cela pose la question de comment avancer sur ces problématiques et comment faire avancer la culture HLM. Le constat que nous pouvons dresser aujourd'hui est bien que les organismes sont confrontés à ce problème selon l'entrée « tranquilité – troubles du voisinage – sécurité technique – sécurité des habitants » et malheureusement, ils bottent souvent en touche parce qu'ils ne se sentent pas compétents.

Par ailleurs, la prise de conscience de l'ampleur de ces problématiques est un autre aspect de la question, les professionnels de terrain sont confrontés à ces problèmes mais par manque de culture dans le domaine, ils ont des difficultés à qualifier les problèmes auxquels ils sont confrontés d'une part, et d'autre part à la surdité de leur hiérarchie quand ils font remonter ces problèmes. Nous avons donc une mes-estimation des difficultés qui se posent sur le terrain dans le mouvement HLM et l'on renvoie ça à des problématiques de dysfonctionnement social sans être vraiment conscient de ce qui se cache derrière. On parle de fatalité, de problèmes d'urbanisation qui agissent sur le fonctionnement collectif des populations. L'approche individuelle est souvent occultée et bien évidemment quand on approche les situations comme cela, on est bien vite confronté à un sentiment d'impuissance. Les phénomènes récurrents mettent en avant les difficultés de fonctionnement collectif au détriment des difficultés de relation individuelle. Ainsi, ce qui pollue le fonctionnement des organismes HLM et qui revient fréquemment dans le discours, ce sont les « regroupements de jeunes ». C'est devenu un problème qu'il faut faire disparaître et on ne sait pas comment agir.

Dans la nécessité d'avancer dans l'approche de ces problématiques se pose aussi la question de comment situer l'action au bon niveau. Il est évident que sans une prise de conscience au plus haut niveau, institutionnelle et politique, sans une volonté politique d'agir forte, cela risque d'être très compliqué et en même temps on constate que les énergies sont sur le terrain et les volontés de faire, émergent et doivent émerger du terrain.
Il faut arriver à concilier cette double approche et de manière la plus coordonnée possible.
Ceci nous renvoit au choix des modes d'actions. Il a été fait référence, ici, à l'action développée en mode projet. Il est évident que lorsqu'on construit des partenariats opérationnels avant de passer dans des modes d'action banalisés, il faut y passer beaucoup de temps. Dans une première période s'il faut fonctionner en mode projet, reste posée la question des moyens, des instances de pilotage politique,

leur constitution et la déclinaison avec tous les acteurs et moyens opérationnels qui devront être au rendez vous.
L'aspect formation est particulièrement important. Les gardiens sont les agents de première ligne concernés avec les responsables de gestion de site, mais aussi les responsables clientèle, les conseillers sociaux, les cadres de gestion collective et prêts contentieux.
Nous avons beaucoup de personnels concernés. A quel niveau faut-il agir ? Je pense à tous. A chaque fois la connaissance mutuelle, la culture sont déterminantes pour se comprendre, comprendre l'autre. Partage d'expérience, des métiers, formation/action. Il faut que cela soit dynamique en tenant compte des publics disparates.
L'exercice est dur et j'aurais tendance à dire encore plus sur ce sujet, je vois combien il nous est déjà difficile pour avancer sur des choses simples comme la gestion de proximité, la propreté ou la sécurité. Là nous sommes sur des choses encore plus complexes avec des cultures professionnelles éloignées et très différentes ».

Docteur Pilar GIRAUX

Médecin –service communal d'hygiène/Atelier santé Ville d'Aubervilliers

« La Santé Mentale : une affaire de tous »

Les Ateliers santé ville (ASV) ont été créés en France par le Comité Interministériel des Villes en décembre 1999. Ils ont été conçus tout d'abord comme un outil pour optimiser la qualité du volet santé de la Politique de la ville à partir de l'impulsion d'une démarche locale de santé publique. Ainsi, en dehors de l'opportunité de moyens supplémentaires, les ASV ont apporté aux villes soit un cadre, des références et des méthodes pour développer un volet santé dans les villes où celui-ci n'était pas encore expérimenté, soit l'occasion d'approfondir, d'évaluer, de capitaliser et de partager les acquis portés dans les villes où une démarche de santé publique significative avait été déployée depuis des années (Joubert et Mannoni, 2003).

La note conjointe DIV/DGS du 13 juin 2000 a fixé, dans une logique de lutte contre les exclusions et les inégalités dans l'accès aux soins, cinq objectifs essentiels aux ASV : identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie ; faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien de réseaux médico-sociaux ; diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins ; rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun ; développer d'une part, la participation active de la population à toutes les phases des programmes (...) et d'autre part, la concertation avec les professionnels et les différentes institutions des secteurs sanitaire et social concernés par ces programmes.

En septembre 2000, la Seine-Saint-Denis a été désignée comme l'un des territoires pilote[1] pour la mise en place des ASV avec un suivi de l'association RESSCOM particulièrement sur cinq villes, à savoir, Aubervilliers, Le Blanc-Mesnil – Dugny, Clichy-sous-Bois, La Courneuve et Pierrefitte-sur-Seine. En effet, la mobilisation sur ces villes était très importante et chacune représentait une spécificité dans sa démarche qui en faisait un prototype pour les autres sites engagés dans les ASV (ibid.).

A Aubervilliers, où sur le plan de la santé la ville compte sur l'existence relativement ancienne de politiques de santé définies et d'un ensemble de ressources de santé publique[2], le Service communal d'hygiène et de santé (SCHS) a souhaité assurer la mise en place de l'ASV. Dans ce cadre, en 2001 le SCHS a rassemblé des professionnels intervenant sur les champs du social et du sanitaire pour réfléchir sur les besoins prioritaires de santé et sur les stratégies à adopter pour y répondre. Ce travail a débouché sur la mise en place de trois volets d'action : un *tableau de bord* consacré au recueil et à l'analyse des données épidémiologiques existantes au niveau communal ; un volet *santé communautaire* concrétisé par la création de la Maison des pratiques de bien-être et de santé du quartier du Marcreux ; et enfin un volet *santé mentale* visant à favoriser le travail en partenariat et la participation des professionnels du sanitaire et du social autour de problématiques psychosociales.

Pour travailler sur ce dernier volet, un « Groupe santé mentale » s'est constitué réunissant des acteurs du système de santé et des acteurs sociaux impliqués dans l'amélioration des conditions déterminant l'état de santé. Les problèmes identifiés par ce groupe concernaient essentiellement le champ de la promotion de la santé mentale.

[1] Un autre territoire pilote se trouvait en Provence-Alpes-Côte d'Azur avec la mise en place des ASV à Martigues-Port-de-Bouc, Salon-de-Provence et Marseille (centre ville)

[2] Dont un Centre municipal de santé, des services spécialisés du secteur de psychiatrie adulte et infantile et le Service communal d'hygiène et de santé

D'un coté, par rapport au public, et sans rentrer dans la discussion opposant les théories de la sélection sociale à celle des causes sociales[3] (en anglais « social causation »), le lien entre les conditions de précarité touchant une partie des publics[4] et les diverses formes de souffrance psychique ou psychosociale fréquemment rencontrées[5] est apparu comme évident pour le groupe. Ce lien a été spécialement mis en avant pour des adolescents en difficulté, qui « pètent les plombs », qui développent des conduites à risques ou qui, plus souvent, évoluent dans un sentiment d'indétermination quant à leur propre identité et aux possibilités de se projeter dans le futur ; pour des personnes isolées avec enfants ; pour des personnes âgées et des personnes handicapées sans soutien social suffisant ; pour des migrants ne trouvant pas de cadres prenant en compte la spécificité de leur trajectoire et de leurs référents culturels ; enfin, pour des « sans papiers » se retrouvant en situation de particulière difficulté.

D'un autre coté, par rapport aux professionnels, les réflexions croisées ont débouché sur quelques constats essentiels : absence d'une vision partagée sur des problèmes de santé mentale tels que la notion de « souffrance psychique d'origine sociale » et maladie mentale, en partie responsable des déficits de coordination entre les ressources existantes dans la ville ; des problèmes de moyens et une complexification des conditions d'accès aux dispositifs d'aide ou de soins contribuant à renforcer des logiques de cloisonnement dans les structures ; des changements sociétaux mettant au défi les pratiques professionnelles avec une diminution des soutiens sociaux et familiaux et une mise en avant d'une vision individualiste avec de nouvelles problématiques d'exclusion ; enfin, des sentiments de frustration des uns et des autres, face à la grande détresse ou à la violence des publics engouffrés dans des situations complexes. L'ensemble de ces facteurs rendant la communication difficile et facilitant l'enclenchement de la « logique de la patate chaude » avec un renvoi successif des personnes d'une structure à l'autre sans que des concertations entre ces structures soient amorcées.

A partir des éléments précédents, la réflexion s'est alors engagée sur les possibilités de solution à la portée du groupe et, au fil des années, des actions coconstruites ont été réalisées dans une dynamique de « work in progress » qui facilite la participation active de tous les intervenants ainsi que l'association de nouveaux acteurs.

Les actions entreprises, une démarche psychosociale

Concernant la stratégie d'intervention, et dans une optique de santé publique, le groupe s'est placé dans le champ des interventions dites psychosociales. Dans leur définition la plus simple, les démarches psychosociales visent à promouvoir d'une part, des actions qui ont pour ambition de modifier l'environnement en s'attaquant aux facteurs de risque et au développement des facteurs de protection; et d'autre part, des actions cherchant à renforcer la capacité des individus à faire face aux difficultés et ainsi à développer chez chacun des facteurs de « robustesse » (Normand-Guérette, 2002).

[3] Il n'existe pas actuellement de consensus scientifique sur le rapport entre pauvreté et maladie mentale : d'une part, pour la théorie de la sélection sociale la charge génétique détermine l'environnement dans lequel la personne va vivre. De l'autre, pour la théorie des explications par les causes sociales, l'environnement dans lequel la personne grandit –en particulier si cet environnement est stressant- détermine les traits génétiques qui vont se manifester (Peterson, 2003)

[4] Aubervilliers est une ancienne ville ouvrière devenue l'une des villes les plus pauvres de la région : Sur 1297 communes d'Ile-de-France, elle se trouve au 1287ième rang pour le revenu par habitant. Sa population est plutôt jeune (27% a moins de 20 ans) et connaît un fort taux de chômage (23%) en lien avec un faible niveau de scolarisation et de formation : 51% des chômeurs n'ont aucune formation ou très peu (moins que le CAP). Par ailleurs, lors du recensement de 1999, 30% des 63 136 habitants étaient composés de personnes de nationalité étrangère

[5] Le groupe a particulièrement noté des phénomènes d'isolement, des comportements à risque, des sentiments de désespoir, de dévalorisation ou de culpabilité -rendant compte en partie d'une absence de demande d'aide.

Dans cette logique de travail, tous les acteurs, qu'ils soient sanitaires ou sociaux, sont des acteurs légitimes et concernés par la santé mentale.

Par rapport aux facteurs de risque et de protection en santé mentale, il est très vite apparu que ces derniers sont moins souvent pris en compte et que leur définition est moins connue, même si empiriquement les intervenants avaient eu l'opportunité d'en identifier. Lors du séminaire "Les souffrances psychiques liées aux violences" organisé par le groupe en 2003 les facteurs de protection suivants ont été particulièrement soulignés, par leur importance dans le contexte albertvillarien.

1. Le soutien social : Il fait référence au sentiment de l'individu d'être - à partir de son insertion dans le tissu social - aimé, valorisé et estimé. Il s'appuie sur le sentiment de l'individu d'avoir une responsabilité particulière vis à vis d'un réseau qui tient à lui. Il se développe à partir du soutien émotionnel, du caractère formateur et de l'apport matériel concret propres aux relations sociales. Le soutien social a été le premier facteur à être associé à la santé dans la recherche sur les déterminants sociaux.

2. L'opportunité de pouvoir jouer des rôles multiples: Les personnes qui ont plusieurs rôles – par exemple pour une femme être à la fois mère, épouse, travailleuse, etc. - présentent une identité renforcée.

3. L'estime de soi : Elle dépend du degré de confiance que l'individu peut avoir dans sa capacité à contrôler son environnement. L'estime de soi dépend aussi d'une intégration réussie des multiples rôles de l'individu dans le tissu social.

4. La présence de confidents : Plusieurs études ont montré que les personnes qui comptent sur, au moins, un confident – toutes choses étant égales par ailleurs - présentent moins de perturbations psychiques que les personnes solitaires.

5. L'autoefficacité : Définie comme l'occasion et la capacité à développer des actions pour l'épanouissement de soi même et de l'autre, et dont les effets se voient lors des actions concrètes que l'individu est en mesure de contrôler. L'autoefficacité permet aux personnes de prendre conscience de leurs propres ressources et capacités nécessaires pour exercer un contrôle significatif sur leur environnement. Les professionnels sanitaires ou sociaux ont souvent un rôle important à jouer pour cette mise en évidence des compétences des personnes, en particulier chez celles qui sont en situation de grande difficulté.

6. L'identité : La reconnaissance de ses propres caractéristiques individuelles fait que chacun peut se différencier de l'autre et permet de développer un projet de vie en accord avec ses propres potentialités.

7. L'appartenance : Sentiment d'identification avec un groupe, son système de valeurs et ses conduites, en les utilisant pour établir des liens avec les autres et fixer des limites et des espaces communs.

La santé mentale une affaire de tous

Suite à l'identification des besoins, le groupe s'est organisé en plusieurs « comités » qui planifient, mettent en place et/ou pilotent des actions, dont quelques-unes sont développées au niveau ville et d'autres au niveau quartier.

Avec la récurrence de constats en terme de problèmes de concertation et de coordination face aux situations aux difficultés multiples, le premier projet qui a émergé dans le groupe a été l'établissement d'un cadre pour apprécier mieux et plus largement ces situations présentant une imbrication d'éléments de souffrance psychique -avec ou sans maladie mentale- intriqués avec des difficultés sociales, d'insertion, etc… C'est ainsi qu'une réunion mensuelle - appelée Réunion d'évaluation de situations d'adultes en difficulté, RESAD – est organisée depuis fin 2001 avec un but de mise en cohérence des interventions professionnelles autour de trois objectifs affichés : améliorer l'analyse des situations psychosociales complexes en les resituant dans le contexte de la ville à partir de la grille de lecture propre à chaque intervenant ; évaluer puis définir des orientations de travail adaptées à chaque situation, engageant les intervenants sociaux ou médico-sociaux de terrain, ceci dans le respect des missions de chaque service et dans les cadres légaux définis ; renforcer les liens inter institutionnels[6]. Cette réunion n'est pas adaptée aux situations d'urgence et, bien évidemment, elle ne peut être réalisée sans l'accord de la personne concernée. La RESAD est pilotée par un «*Comité de membres permanents* » composé du responsable ou d'un cadre réfèrent du Secteur psychiatrie adultes[7], du Service social municipal, du Centre municipal de santé et de la Mission locale. Si la situation motivant la RESAD concerne des personnes âgées, le Comité s'élargi aux responsables du Pôle gérontologie de la ville, du Service des soins à domicile et du Centre communal d'action sociale. Le médecin coordinateur de l'ASV prend en charge la logistique et l'animation des réunions. Depuis trois ans, le Réseau Ville-Hôpital s'est fortement associé à cette action afin de faciliter la participation des médecins de ville et, pour le représenter, un médecin gériatre libéral a été récemment mandaté pour rejoindre le comité élargi de membres permanents.

Grâce au soutien du Conseil Général de la Seine Saint Denis, une évaluation sur les cinq années de fonctionnement de l'action a été conduite par un cabinet extérieur. L'analyse des procédures réalisé lors de cette évaluation montre que l'objet même des RESAD a été respecté : toutes les situations présentées en réunion ont concerné des personnes connaissant une accumulation de difficultés sociales, psychiques et de santé. Dès le début, la mise en place des RESAD s'est accompagnée de l'élaboration d'un manuel des procédures, de la mise en place d'une grille de lecture et d'une formalisation des réunions. Ces procédures ont entraîné l'émergence d'une série de processus concrets qui ont permis à la RESAD de devenir, comme souhaité à l'origine, un lieu de régulation et de concertation pour arriver plus facilement à l'élaboration de propositions consensuelles et opérationnelles. L'élaboration d'un diagnostic partagé renforce la cohérence interne des propositions et facilite la répartition de l'accompagnement des personnes par les différents professionnels concernés. Les interventions des différents services peuvent alors être phasées et articulées les unes par rapport aux autres.

[6] Voir « Manuel de procédures de la Réunion d'évaluation de situations d'adultes en difficulté –RESAD » rédigé par le Groupe santé mentale de l'ASV

[7] Les équipes pluridisciplinaires du secteur 93G06 (EPS Ville Evrard) comptent sur une unité délocalisée d'hospitalisation temps plein, un édifice regroupant un foyer de post cure, un Centre Médico-Psychologique (CMP), une équipe de soins à domicile et un Centre d'accueil et de crise, et, enfin un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) implanté dans un quartier commerçant de la ville

L'utilisation d'une grille de lecture, la synthèse réalisée à la fin de chaque réunion et l'envoi à tous les participants engagés dans l'action du «Tableau récapitulatif des propositions » concourent à une formalisation de l'accompagnement. La visibilité des actions en cours ou à réaliser, des objectifs poursuivis et des résultats attendus sert de cadre de référence pour le professionnel. Cette formalisation est considérée par de nombreux professionnels comme très importante car elle traduit un projet de prise en charge ou d'accompagnement collectif et le rend lisible à tous, y compris à l'usager.

En résumé, les points forts de la RESAD sont identifiés comme une meilleure gestion du projet d'accompagnement de la situation étudiée, une formalisation des actions engagées, un partenariat mieux organisé, une rupture de l'isolement de certains professionnels, et une légitimation de l'intervention des professionnels de terrain –entre eux, vis à vis de leur structure elle-même et des autres structures intervenantes. Mais les RESAD ne produisent pas une uniformisation des pratiques et des comportements, chaque participant gardant les siens. Plus que lieu de formation ou de transfert de connaissance, les RESAD favorisent un partage d'expériences.

Enfin, la gestion et la formalisation des RESAD ont souvent amené une modification et une évolution des partenariats en développant une meilleure connaissance des autres structures et des autres professionnels. Plus important, l'enchaînement des RESAD et les différents échanges qui ont lieu au cours des réunions ont conduit certains participants à apprécier différemment les cœurs de métier, le fonctionnement et les limites des autres structures, services ou professionnels. Les partenariats existants se sont consolidés, les relations interpersonnelles multipliées et des services ou des structures qui se connaissaient peu y ont trouvé l'occasion de travailler ensemble.

Concernant les difficultés auxquelles la RESAD est confrontée, deux points demeurent problématiques : Le premier concerne les usagers et le second l'implication des médecins généralistes. Pour les usagers, s'il est indéniable que les RESAD contribuent à l'amélioration du suivi des situations, il est moins sûr qu'au final la situation de l'ensemble des usagers se soit améliorée. La gestion de l'urgence n'étant pas la vocation des RESAD, le plan de prise en charge concertée arrive parfois trop tard (surtout lorsqu'il s'agit de personnes âgées) ou bien sa mise en œuvre rencontre des difficultés d'ordre pratique ou administrative ce qui bloque la situation. Sur la participation des médecins généralistes, malgré les efforts réalisés en terme de défraiement, d'adaptation des horaires de réunion, leur participation est encore très faible alors qu'ils sont les acteurs de santé de première ligne.

Par ailleurs, la méthodologie proposée par la RESAD commence déjà à être reproduite dans d'autres villes par des réseaux d'acteurs locaux et a donné lieu à l'inclusion dans le Plan régional de santé publique pour 2007 d'une démarche de concertation interprofessionnelle autour des situations de souffrance psychique imbriquée à d'autres difficultés sanitaires et sociales.

Après la mise en œuvre de la RESAD, en ordre chronologique, le groupe s'est attaché à travailler sur la question de la violence subie ou agie par les adolescents de la ville. Aussi, en juin 2003 le groupe invitait à la première des six séances de son séminaire « Santé mentale, adolescents et famille : les souffrances psychiques liées aux violences ». Le séminaire visait à faciliter l'échange d'expériences et la discussion entre les acteurs confrontés à ce type de problématique dans leur pratique professionnelle, afin de favoriser le développement d'une réflexion conjointe. Il s'agissait d'une tentative d'aborder la thématique sous un angle psychosocial à partir d'expériences tirées de différents types de contexte – des experts de Belgique et de plusieurs régions de France ont participé en tant qu'invités - et en prenant pour fil de discussion les nouveaux modes d'organisation familiale. Ces rencontres,

organisées avec la participation d'un expert en santé publique[8] ont été plébiscitées par 70 professionnels de la ville et ont donné lieu à un travail d'écriture des actes par les membres du groupe. L'impact de cette action inclus la mise en place d'un «*Groupe de travail sur la violence en milieu scolaire* » réunissant le médecin de l'ASV, le psychiatre directeur du Centre de consultation médico-psychopédagogique (CMPP) et des personnels enseignants et non-enseignants d'un collège de la ville. Ce groupe ouvert s'est structuré depuis 2005 autour d'une réunion mensuelle pour partager les expériences sur des situations de violence auxquelles les enseignants sont confrontés dans le collège. Par ailleurs, le Séminaire a été à l'origine de la réalisation en 2006 d'ateliers de pratiques professionnelles sur la violence auprès des intervenants sanitaires et sociaux présents sur un même territoire (quartier, collège).

Un axe important des ASV, la participation de la population, a commencé à être travaillé aussi en 2003 par le biais du projet « Action participative en santé » conduit dans un quartier de la ville. Il s'agit ici d'une action menée à partir des trois fondements de la santé communautaire, à savoir l' « empowerment[9] », la coalition[10] et la participation communautaire ou mobilisation sociale (Mannoni, 2002). Le projet est réalisé par la coordination de l'ASV en suivant la méthodologie « *lister – dialoguer - agir* » préconisée par Paulo Freire. Dès la première étape, *lister* ou étape diagnostique, les professionnels intervenant dans le quartier, les représentants des associations -spécialement celles du voisinage- et des habitants ont été associés. Le but atteint lors de cette étape a été de favoriser une prise de conscience collective des problèmes de santé auxquels se confrontaient les habitants mais aussi des ressources présentes dans le quartier pour y faire face. Par la suite, lors du *dialogue*, le même groupe interrogé lors du diagnostic a choisi les priorités d'intervention en matière de santé dans le quartier et, une fois arrivé le moment d'*agir,* des participants ont décidé de créer le *« Comité de santé du quartier»* pour passer ensemble à l'action.

Aujourd'hui, le Comité de santé du quartier est composé majoritairement d'habitants et organise des activités telles qu'une permanence hebdomadaire sur l'accès aux soins et des activités de théâtre pour faciliter la discussion sur les problèmes de santé dans le quartier. Ces activités ont l'ambition de favoriser le développement d'une dynamique de coopération entre cultures et ressources professionnelles et profanes pour la recherche de solutions aux problèmes prioritaires retenus lors du diagnostic : des difficultés d'accès aux soins et aux droits, des problèmes de communication entre les groupes sociaux du quartier et le manque de propreté de l'espace publique du secteur. Bien que ces priorités ne correspondent pas à priori à une approche spécifique de santé mentale, beaucoup d'études montrent que le travail participatif autour de l'identification des solutions à partir des ressources présentes sur place et des priorités retenues localement s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé mentale (OMS, 2004).Par ailleurs, la question de la dignité des groupes sociaux stigmatisés, du soutien social, de l'autoefficacité et de l'appartenance cités comme des facteurs de protection traversent intégralement le projet.

La participation de la population est aussi un des composants essentiels de l'approche utilisée par les acteurs petite enfance de la ville pour le développement du projet *« Promotion du bien être des jeunes enfants (0-3 ans) confrontés à la précarité »* dans un quartier de la ville. Ce projet est piloté par un « *Comité petite enfance* » qui réunit la circonscription de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), le Service social municipal, la Direction du secteur municipal sport jeunesse enfance, le Service municipal petite enfance, les Centres de loisirs maternels, le CMPP, et le SCHS. Après une étape d'analyse préliminaire qui a duré deux ans, ce groupe a abouti en 2005 à l'écriture du projet dont l'objectif est de

[8] Le professeur Antoine Lazarus, Responsable du département de santé publique et de médecine sociale de l'Université Paris 13

[9] Dans le sens de renforcer le « pouvoir » ou le contrôle que les gens exercent sur leur santé

[10] Cette notion sera travaillée sur le message « l'union fait la force »

promouvoir le développement psychologique, affectif, cognitif et social des enfants par le biais de trois axes d'intervention : des visites à domicile régulières proposées systématiquement lors de la grossesse ; l'amélioration du travail en réseau sur le quartier ; et, enfin, le renforcement des ressources communautaires présentes dans le quartier (facilitation des rencontres entre parents, accueil parents-enfants, etc.). Actuellement 150 familles du quartier ont adhéré au programme et le Comité petite enfance assure le suivi du projet.

Enfin, sur l'initiative du Secteur psychiatrique, l'année dernière a été mis en place le « Conseil local de santé mentale » de la ville. Cette instance est copilotée par le psychiatre responsable du secteur et le Maire de la ville et a par objectif l'élaboration de politiques partagées en santé mentale. Il s'agit essentiellement de la mise en place de politiques sanitaires visant à améliorer sur la commune l'accès aux droits et aux soins ainsi que l'exercice de la citoyenneté des personnes souffrant de troubles psychiques. Pour ce faire, le CLSM vise le décloisonnement entre les acteurs, qu'ils soient spécialisés ou généralistes, du social, de la santé, de l'éducation et de la justice et les usagers et leurs familles.

Le cadre Atelier santé ville, de la coordination à la médiation

Chacune des actions portées par le volet santé mentale de l'ASV a été élaborée par les acteurs locaux sur la base des besoins et des ressources locales et dans une perspective de co-construction, tant sur le plan de la logique de l'action elle-même que sur celui des logiques du partenariat nécessaire à sa mise en place.

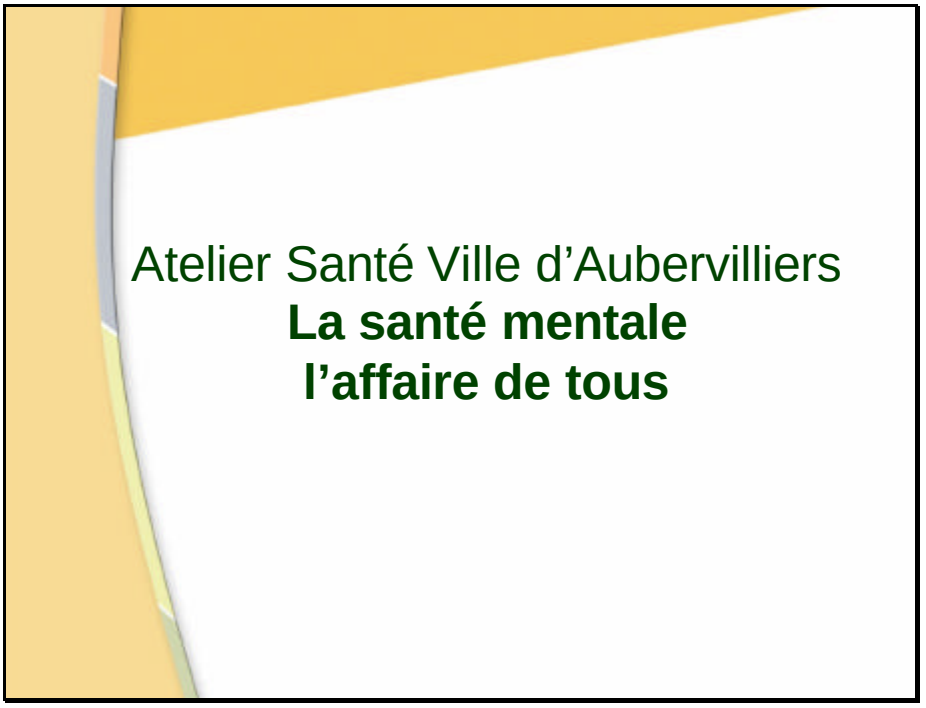
Dans cette expérience, l'ASV a moins un rôle de coordination ou d'harmonisation de services – harmonisation des fonctions que chaque service est supposé remplir - qu'un rôle de médiation ce qui fait référence à une action d'harmonisation des intérêts et des logiques d'action des différentes structures participantes. L'évolution du rôle de coordination vers celui de médiation implique un passage du sens fonctionnaliste vers le sens politique (Bilodeau et al, 2002). Ce processus permet la prise de risques des structures impliquées dans le sens qu'il laisse la place à un certain dégrée d'incertitude en osant l'innovation et le renouvellement des savoirs. Savoirs qui sont d'ailleurs plus accessibles grâce à l'association de partenaires.

Sur un autre plan, les rapports entre les différents niveaux de l'action – mobilisation et expression sociale, implications des professionnels de terrain, des cadres et des décideurs, capitalisation des expériences de chaque structure pour les mettre au service du groupe – représentent un véritable enjeu démocratique dans une ville qui se caractérise par un fort engagement politique tant sur le plan social que sur celui de la santé. Cet aspect ressort d'autant plus que les questions concernant la « santé mentale », la « souffrance psychique » et le rôle de la psychiatrie face à la souffrance psychique des personnes en situation de précarité sont très sensibles en France. Bien évidemment le groupe n'a pas de réponse au « malaise des psy » ni sur le futur du dispositif de la psychiatrie publique ni sur les moyens qui sont actuellement alloués à ce même dispositif. Pas plus qu'il n'a pas de réponse au malaise des acteurs sociaux (travailleurs sociaux, enseignants, professionnels de l'insertion, etc.) concernant leur action sur des importants déterminants de la santé tels que l'accès à un travail et à un logement dignes.

Néanmoins, face à l'analyse partagée des besoins et à la question clé de comment profiter de l'opportunité représentée par les ASV pour y répondre, le groupe a opté pour accepter la nécessité de travailler sur le champ de la promotion de la santé mentale comme une priorité accordée par tous. En effet, il a été reconnu que pour s'attaquer aux questions en lien avec une détresse sociale il était indispensable de travailler ensemble, d'une part, en organisant une collaboration plus efficace des intervenants à compétences complémentaires et, d'autre part, en facilitant l'association des habitants

eux-mêmes aux projets. Dans cette approche pluridisciplinaire, la psychiatrie a une place très importante car elle y agit non seulement en tant que médiatrice de l'accès aux soins médicaux mais aussi en tant qu'experte donnant sa vision de la souffrance psychique sous un angle clinique. Ainsi, le réseau de santé mentale « a pour fonction de développer des actions croisées entre professionnels, mais aussi de sensibiliser les partenaires à la psychiatrie, pour permettre une meilleure prévention, un dépistage, amenant le cas échéant à des soins que l'on espère en conséquence de meilleure qualité. (…) La fonction du psychiatre du secteur au sein des RESAD est d'amener, au travers de sa pratique, son analyse de médecin spécialiste. Son rôle est consultatif mais aussi facilitateur des actions dans lesquelles le secteur peut s'engager. Il s'agit d'une tentative d'élaborer, de manière conjointe avec les autres acteurs, une ou plusieurs stratégies pour répondre à la demande des partenaires » (Christodoulou, 2005).

Le travail en réseau constitue donc la base de ces actions qui favorisent la construction d'une vision collective de la promotion de la santé mentale entendue surtout comme un processus social qui prend en compte, dans un contexte en pleine mutation, les éléments sociaux, familiaux, économiques et culturels qui contribuent à donner du sens à l'existence de chacun dans sa propre singularité. Cette vision suppose une acception de la santé mentale qui ne correspondrait plus tellement à « l'état de complet bien-être physique, mental et social» prôné par l'OMS. La santé mentale est ici comprise plutôt dans le sens de la santé mentale suffisamment bonne que décrit Jean Furtos comme la capacité, pour un individu, de « vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non sans révolte. ».



Aubervilliers, une ville ouvrière, jeune et cosmopolite…

- 72 000 habitants
- 36% d'ouvriers dans la population active
- 41,6 % des habitants ont moins de trente ans
- Taux de chômage: 22,6% (11,5% en IdF)
- Revenu par ménage: 10 603 € / an (44% ne sont pas imposables)
- Population étrangère: 30% (moyenne départementale 19%)

Objectifs de l'ASV

- *Identifier* au niveau local les *besoins spécifiques* des publics en difficulté et les *déterminants* de l'état de santé liés aux conditions de vie ;
- *Faciliter* la *mobilisation et la coordination* des intervenants par la création et le soutien de réseaux médico-sociaux ;
- *Diversifier* les *moyens d'intervention* en fonction de l'analyse des besoins ;
- *Rendre effectif* l'accès aux services publics *sanitaires et sociaux de droit commun ;*
- *Développer* d'une part, *la participation active de la population* à toutes les phases des programmes (…) et d'autre part, *favoriser* la *concertation avec les professionnels et les différentes institutions des secteurs sanitaires et sociaux* concernés par ces programmes.

Note conjointe DIV/DGS du 13 juin 2000

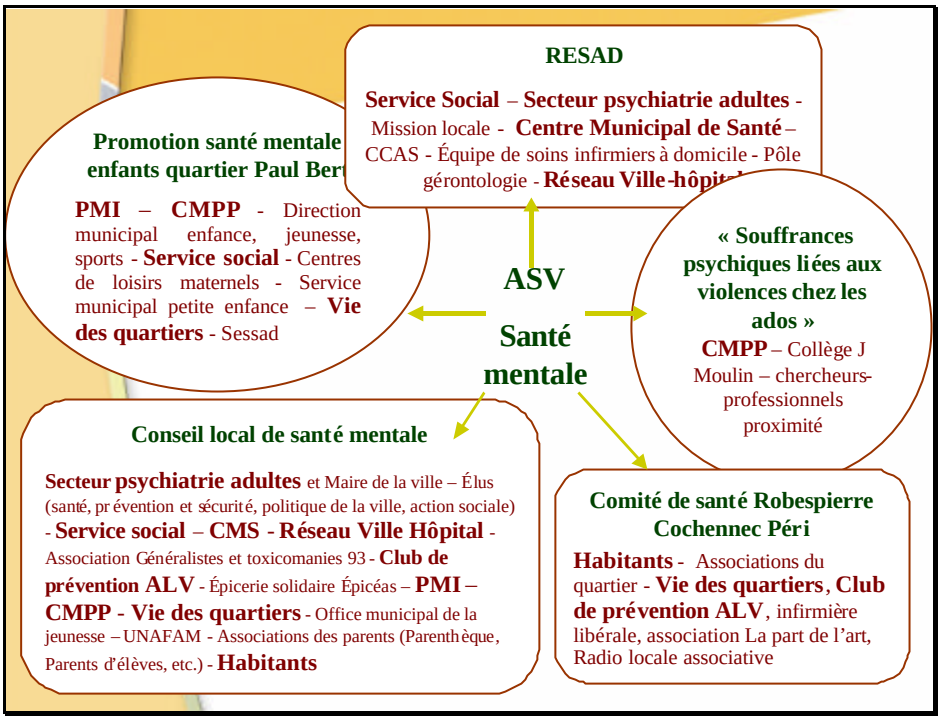
Les premiers ateliers: demande d'un volet santé mentale

A partir des constats partagés, réflexion sur des possibilités de solution à la portée du groupe

- Auprès des professionnels (concertation, construction de synergies, innovation…)
- Auprès des publics (prise en compte des facteurs de protection, actions « de première ligne »…)

Les facteurs de protection en santé mentale

1. Le soutien social → réseau social de droits et d'obligations
2. L'occasion de représenter des rôles → identité renforcée
3. L'estime de soi→ croyance en la capacité à contrôler son environnement
4. La présence de confidents
5. L'autoefficacité→ effets lors des actions concrètes mesurables et contrôlables
6. L'identité → reconnaissance des caractéristiques individuelles propres
7. L'appartenance → identification avec un groupe, ses valeurs et ses conduites


RESAD
Service Social – Secteur psychiatrie adultes - Mission locale - Centre Municipal de Santé – CCAS - Équipe de soins infirmiers à domicile - Pôle gérontologie - Réseau Ville-hôpit
Promotion santé mentale enfants quartier Paul Ber
PMI – CMPP - Direction municipal enfance, jeunesse, sports - Service social - Centres de loisirs maternels - Service municipal petite enfance – Vie des quartiers - Sessad
ASV
Santé mentale
« Souffrances psychiques liées aux violences chez les ados »
CMPP – Collège J Moulin – chercheurs-professionnels proximité
Conseil local de santé mentale
Secteur psychiatrie adultes et Maire de la ville – Élus (santé, prévention et sécurité, politique de la ville, action sociale) - Service social – CMS - Réseau Ville Hôpital - Association Généralistes et toxicomanies 93 - Club de prévention ALV - Épicerie solidaire Épicéas – PMI – CMPP - Vie des quartiers - Office municipal de la jeunesse – UNAFAM - Associations des parents (Parenthèque, Parents d'élèves, etc.) - Habitants
Comité de santé Robespierre Cochennec Péri
Habitants - Associations du quartier - Vie des quartiers, Club de prévention ALV, infirmière libérale, association La part de l'art, Radio locale associative

Réunions d'évaluation de situations d'adultes en difficulté - RESAD (2001…)

La RESAD a lieu dans la salle de réunion du Centre municipal de santé le premier jeudi de chaque mois de 14 H à 17 H

Un maximum de trois situations (une heure par situation) peut être analysé lors de chaque réunion

Les conclusions de chaque RESAD sont portées sur une fiche synthétique non nominative transmise aux professionnels engagés sur la situation discutée et aux membres permanents

Intervention de Jean Pierre BAUCHERON,

Psychiatre Chef de Service au CHS Edouard Toulouse – CMP 1er arrondissement de Marseille

« Merci pour l'ensemble de cet exposé qui est riche et dense, je vais faire quelques petits commentaires au fil de l'eau et tenter d'ouvrir des questions avant de laisser la parole à la salle.
Je suis le Docteur BAUCHERON, je suis psychiatre au CHS Edouard Toulouse. Je suis responsable du secteur psychiatrique qui couvre le 1er arrondissement de Marseille et une partie du 2ème.

J'ai été très intéressé par la dimension d'échelle qui sous-tend votre travail et vous amenez une vérité qui me paraît essentielle actuellement ; pour pouvoir faire du travail de terrain, il ne faut pas vouloir faire d'économie d'échelle. A savoir que tout regroupement de structures se posant comme économie d'échelle sacrifie le terrain. Là c'est très bien car vous nous avez dit que le territoire d'Aubervilliers correspond à l'échelle d'un secteur. Un secteur en psychiatrie est encore une échelle humaine.
Vous nous avez aussi dit que vous travaillez dans le cadre de ce réseau depuis 7 ans. Au fil de votre exposé, on a réalisé combien c'est une construction, … c'est un peu comme un bâtiment, pierre par pierre, l'édifice s'est construit. Vous avez évoqué aussi autre chose, l'individualisme. Cela rejoint l'anomie évoquée tout à l'heure au sujet des questions urbaines. Cela nous concerne tous, le défaut de solidarité qui est un peu l'essentiel. Moi j'y verrais deux choses – la distinction que l'on doit faire entre le prendre soin et le soin. Le soin relève de professionnels, de leur savoir-faire – le « prendre soin » doit relever normalement des solidarités sociales et c'est ce «prendre soin » qui est le plus dégradé actuellement. Comme ce «prendre soin » est dégradé, on a toujours tendance à faire appel à une demande de professionnalisation de plus en plus grande. C'est ce qui m'a intéressé lorsque la notion de santé mentale est arrivée par rapport à la psychiatrie, c'est que la santé mentale dit à la population : cela concerne tout le monde, cela nous concerne, cela vous concerne. Il y a des professionnels qui sont du côté de la psychiatrie, mais cela concerne tout le monde.
Naturellement la dérive qui apparaît, c'est que de temps en temps on a tendance à vouloir prendre les moyens de la psychiatrie pour les transposer dans la cité - en disant, voilà ce qui était fait par la psychiatrie avant, peut être fait par la santé mentale. Cà c'est le risque, la dérive du système qui ne doit pas pour autant condamner cette notion de santé mentale.

Vous avez évoqué aussi les notions de violence et de dangerosité en mettant en avant les facteurs de risque et les facteurs de protection. Cela me paraît aussi extrêmement fondamental parce que c'est complexe. La notion de dangerosité, en psychiatrie, est aujourd'hui mise en avant par tous les discours de sécurité.
Nous sommes dans un contexte paradoxal où vous avez un discours libéral risquophile c'est à dire, les gens qui ne risquent rien n'ont rien, ce sont des planqués, il faut entreprendre, courir des risques et dès qu'il y a des risques qui apparaissent sur le terrain à ce moment là c'est le risque zéro qui est réclamé. On cherche toutes les protections. C'est un discours paradoxal qui implique le politique, notamment le politique au sens du vivre dans la cité et surtout le discours des politiques.

Je reviendrais sur ce que disait Madame GAUNET-ESCARRAS au niveau de l'impuissance des politiques –c'est un mot qui m'a frappé – C'est bien, si les politiques ont un sentiment d'impuissance de temps en temps, c'est de là qu'il faudrait partir…

Je voudrais revenir sur ces facteurs de protection pour insister sur le point combien l'habitat, le logement, la maison sont des facteurs de protection qui sont fondamentaux au niveau humain et sur lesquels on insiste peu.
Je ne sais pas s'il faut remonter très loin sur la genèse de cette dimension psychologique mais on peut penser que, et cela n'est pas une boutade, quand le singe dont nous descendons est descendu de son arbre, il en a gardé le souvenir par l'habitat. Je m'explique : quelqu'un a évoqué tout à l'heure le nomadisme dont on était sorti pour habiter, malheureusement cela ne s'est pas passé comme cela. Vous ne trouvez pas actuellement dans toute l'anthropologie d'espèce humaine sans notion d'habitat et ce n'est pas parce qu'on a pas retrouvé de traces d'habitat qu'il n'existait pas. Tant que vous avez eu des habitats en pierre et en bois, il est très difficile au niveau archéologique d'en retrouver les traces vraisemblablement la notion d'habitat a toujours existé et les nomades avaient un habitat transporté sur le dos de leur bête de somme. Mais il y a un habitat. Il y a toujours un dedans et un dehors. Il y a toujours cette notion que le dedans est protecteur.
Quand cette protection élémentaire n'existe plus, c'est une détresse psychique autant qu'une détresse sociale. C'est là dessus que je souhaitais insister.

Alors les réunions d'évaluation, les fameux RESAD, j'en profite pour dire, pour évoquer que depuis un an bientôt, sous l'impulsion de Madame GAUNET-ESCARRAS et avec le soutien actif de Mylène FRAPPAS, on a démarré sur le 1er arrondissement un réseau santé mentale et logement qui fonctionne à peu près comme vous faites – peut être avec moins d'expérience parce que nous avons moins de recul mais il y a toujours les mêmes questions qui émergent sous forme d'essayer de construire ensemble, comment prendre en charge des situations complexes et vous avez bien insisté sur cette notion. Ce que l'on sait, nous, depuis longtemps en psychiatrie, c'est que toute situation est complexe. Ce que l'on sait aussi, c'est que l'humain est par définition complexe.
Il y a souvent des grands simplificateurs, quand on simplifie, on oublie la complexité.
Ce qui m'a intéressé dans ce travail, c'est le travail collectif.
Je voudrais donner 4 points de ce travail collectif qui me paraissent peut être les plus importants.
D'abord ce travail nous a questionné chacun sur notre notion de responsabilité, parce que quand on met en commun et que l'on commence à réfléchir au « qui fait quoi », on se sent tous interrogé sur sa responsabilité. Le propre de ce réseau et c'est très bien, c'est que c'est un réseau où il n'y a pas de pilote dans l'avion. C'est bien qu'il n'y ait pas de pilote dans l'avion parce que cela oblige chacun à s'interroger. Ainsi si l'on a pas avancé, cela oblige chacun à s'interroger : pourquoi on a pas avancé ? Ainsi la responsabilité est interrogée dans un système qui n'a pas besoin, institutionnellement, de la mettre en avant et c'est cela qui est bien. Ce qui ne veut pas dire que tout peut fonctionner comme cela mais pour ce cas là ça me paraît essentiel.

Le deuxième point c'est la culture commune. Comment on réunit tout un ensemble de gens qui n'ont pas de discours commun, pas de culture commune. Il y a seulement une personne en situation de difficulté pour laquelle on a à trouver les mots pour échanger ensemble et on s'aperçoit que progressivement on peut construire un discours en commun, une culture comme autour d'une façon d'être ensemble et de faire ensemble sous réserve que chacun accepte de dépasser ses idiomes, ce langage savant, et essaie de se mettre à la portée de l'autre en s'exprimant de façon simple. C'est un travail à faire surtout pour des psychiatries.

Le troisième, c'est la notion de la collaboration au sens éthymologique du mot au sens de collaborer / « faire ensemble » - faire ensemble, c'est apprendre à faire des démarches ensemble, apprendre à construire des projets ensemble – Contruire au sens noble du terme, il y a à inventer à chaque fois. C'est ce travail de créativité que je trouve le plus riche à prendre en compte dans ce rassemblement.

La dernière enfin, et vous l'avez évoquée, c'est la notion de temporalité. Vous avez distingué la notion de crise et RESAD. Il faut prendre le temps, le temps de comprendre, le temps de construire, le temps d'entreprendre, le temps de conclure.
Il faut introduire cette notion de temporalité qui est essentielle au travail et qui permet de dire que la notion d'efficacité est relative. C'est-à-dire que si on a le culte du résultat pour afficher, parce qu'on nous demande quelque chose où l'on est dans le faux semblant, où les résultats que nous mettrons en avant n'auront rien à voir avec ce que l'on fait.
Il est important de bien construire cette notion de temporalité et voir comment les choses s'inscrivent dans le temps. Pour nous, psychiatres ou pour la psychiatrie, au niveau de la santé mentale, ce qui nous paraît essentiel, c'est l'occasion que l'on a de construire des partenariats dans lesquels nous ne sommes pas obligatoirement moteur. Le secteur psychiatrique est intéressant à maintenir, mais il est toujours auto-centré autour de l'hôpital, autour du soin. Là, l'échange est transversal, plus riche mais il ne doit pas se substituer à l'autre. Je voudrais terminer là-dessus ».

Liste des participants

Monsieur Olivier ABRAM
Pact Arim

Monsieur Romain AIRAUDO
Chef de Projet - Politique de la Ville

Monsieur André ANSALDI
Plate forme service public Vallée de l'Huveaune

Madame Andrée ANTOLINI
Directrice - Centre social Frais Vallon

Madame Maïté ARTHUR
Présidente Régionale - Fédération des Associations de Patients de la Psychiatrie - Les Sentinelles Egalité

Madame Joane AUBER
Educatrice Spécialisée - Espoir Provence

Madame Pierrette BALTZ
Chef de Projet - Politique de la Ville

Monsieur Daniel BAREA
Armée du Salut

Mademoiselle Marion BARLETTA
Stagiaire ASV Nord - Politique de la Ville

Docteur Jean-Pierre BAUCHERON
Psychiatre - CMP Pressensé - CH Edouard Toulouse

Madame Nicole BELTRANDO-VIGNEAU
Chargée de Mission - Ville de Marseille - Direction de la Santé Publique

Madame Sandra BENBRAHIM
Agent de Développement - Politique de la Ville

Monsieur Olivier BOYER
Les Sentinelles Egalités

Madame Anne BRUSQUET
Médecin Inspecteur - DDASS 13

Monsieur Guillaume BURTIN
Arpsydémio

Madame Elodie CAMPANILI
Conseillère en Economie Sociale et Familiale - Agence ICF Provence

Monsieur Joseph CERINO
Inspecteur - Ville de Marseille - Direction de la Santé Publique

Madame Christine CHARNAY-HEITZLER
Chargée de Mission - Habitat Alternatif Social

Madame Laurence CLEMENT
Inspecteur - DRASS PACA

Madame Marie COELHO
Œuvre Hospitalière St Jean de Dieu - Accueil de nuit

Docteur Gérard CORUBLE
Médecin Inspecteur de Santé Publique - DDASS 13

Mademoiselle Laurane CORVISIER
Etudiante

Monsieur Thierry DALMAS
Ingénieur - Ville de Marseille - Direction de la Santé Publique

Monsieur Pierre-Yves DEBRENNE
Directeur - Politique de la Ville

Monsieur Francis DE CHASSEY

Madame Ghislaine DELAHAYE
Membre du bureau - Association Le Mi-dit

Madame Evelyne DELDON
Directeur Gestion Immobilière - Marseille Habitat

Madame Marie-Laure DEVULDER
Agent de Développement - Politique de la Ville

Madame Michèle DOLLE
Chargée de Mission - Ville de Marseille - Direction de la Santé Publique

Madame Véronique DOR
Conseillère Technique - URIOPSS

Madame Samantha DOUILLARD
Educatrice spécialisée - Espoir Provence

Madame Marie-Françoise DURAUD
Assistante Sociale - Fondation Abbé Pierre

Madame Françoise DURAND-MABIRE
Infirmière Chef - CCAS Ville de Marseille

Madame Violette ESTEOULE
CDG 13

Madame Sabine FABIANI
Educatrice de rue – ADJ Consolat

Madame Corinne FERRARA
Logirem

Monsieur Bernard FILIPPI
Inspecteur - Ville de Marseille - Direction de la Santé Publique

Madame Mylène FRAPPAS
Chargée de Mission - Ville de Marseille - Direction de la Santé Publique

Docteur Françoise GAUNET-ESCARRAS
Adjointe au Maire Déléguée Santé et Hygiène, Prévention des Risques sanitaires chez l'adolescent
Ville de Marseille

Madame Monique GAVA
Infirmière psychiatrie - CMP Pressensé

Docteur Pilar GIRAUX
Psychiatre - Service communal d'Hygiène et de santé - Ateliers santé Ville d'Aubervilliers

Madame Roselyne GRONDIN
Inspectrice - DRASS PACA

Monsieur Djawad GUERROUDJ
SAMSAH

Monsieur Hermann HANDLHUBER
Président - Les Nomades Célestes - MDM

Mademoiselle Emmanuelle HOAREAU
Chargée de Mission - CIRDD

Madame Marianne HODGKINSON
Chef de service - CH Edouard Toulouse Secteur 16

Madame Martine HOUILLIER
Secrétaire - UNAFAM 13

Monsieur Didier HUGONENC
Coordonnateur ASV - Politique de la Ville

Madame Sylvie JUBERT
Travailleur social en formation de CAFERUIS

Monsieur Georges KAMMERLOCHER
Directeur - Oeuvre Hospitalière St Jean de Dieu - Accueil de nuit

Madame Laurence KURKDJIAN
CH Edouard Toulouse

Mademoiselle Aurore LAISNE DE LA COURONNE
Association SAJ

Monsieur Jérôme LATROBE
Stagiaire - Ville de Marseille - Direction de la Santé Publique

Monsieur Denis LAURENT
Commission Régionale de Concertation en Santé Mentale

Madame Béatrice LECOMPTE-MOUILLA
Sleep'in - SOS Drogue International

Madame Marie LEFRANC
Coordinatrice ASV - Politique de la Ville

Monsieur Pierre LEGENDARME
Président - Association Le Mi-Dit

Madame Céline LEMARIE
Chef de service - ADJ Consolat

Mademoiselle Emmanuelle LATOURTE
Stagiaire - Habitat Alternatif Social
Monsieur Franck LESCROEL
Coordonnateur ASV Santé Mentale - Politique de la Ville

Madame Laurence LEVY
Chargée de Mission - Ville de Marseille - Direction de la Santé Publique

Mademoiselle Perrine LEYRIS
Educatrice Spécialisée - Fondation Abbé Pierre

Madame Aimée LIEUTAUD
Arpsydémio

Madame Cécile LLUCIA
Infirmière - CH Sainte Marguerite Service Orion

Madame Magali LOCATELLI
GHU SARA

Madame Stéphanie LOMBARDO
Sleep'in - SOS Drogue International

Madame Isabelle MALAVAL
Médecins du Monde

Madame Catherine MASSOL
Secrétaire - Ville de Marseille - Direction de la Santé Publique

Mademoiselle MAUPIED
Stagiaire - ADJ Consolat

Madame Marie-Odile MEYER
Présidente - Espoir Provence

Madame Martine MILLE
Inspecteur - Ville de Marseille – Direction de la Santé Publique

Monsieur Ahamada MOHAMED
Coordonnateur projet Hirsch

Monsieur Jean-Marc MONTAGNE
Coordinateur SIAAD - Association SAJ

Mademoiselle MONTESINOS
Stagiaire - ADJ Consolat

Monsieur Patrice MONTET
Agent de développement CUCS - Politique de la Ville

Madame Anouchka MOUGIN
Educatrice - Espoir Provence

Madame Catherine PANNE
Service Hygiène Santé – Ville d'Arles

Monsieur Sylvain PERROT
Pharmacien - les Nomades Célestes

Madame Stéphanie PICLET
Amicale du Nuit - Service Horizon

Monsieur Joseph PONSOT
Le Marabout - HAS

Madame Aline POTHIER
Inspectrice - Ville de Marseille - Direction de la Santé Publique

Madame Ariane POTHIER
Direction Départementale Sécurité Publique

Monsieur Alain PREVOST
Expert en gestion urbaine de proximité - Union Sociale pour l'Habitat

Monsieur Stéphane QUILICHINI
CH Edouard Toulouse

Monsieur Alain ROLGEN
Œuvre Hospitalière St jean de Dieu

Monsieur Jean SAFFORES
Informaticien - Ville de Marseille – Direction de la Santé Publique

Madame Khadidja SAHRAOUI
Coordinatrice - Réseaux 13

Monsieur Aggal SALAH
Sleep'in - SOS Drogue International

Madame Isabelle SCHIANO
Chef de service - Habitat Alternatif Social

Madame Maud SGORBINI
Communauté Urbaine - Mission Habitat Grand Lyon

Madame Sonia SIONIS
Educatrice - Afor Marie Louise

Mademoiselle Sophie SORIANO
Etudiante

Monsieur Didier STINGRE
Directeur Adjoint - Hôpital de la Conception - Pôle Psychiatrie Centre

Monsieur Hugo TIFFOU
Coordonnateur ASV - Politique de la Ville

Docteur Pierre TOUBIANA
Directeur-Adjoint - Ville de Marseille - Direction de la Santé Publique

Madame Evelyne TURC
Attachée de Direction - ADOMA

Madame Marie-Claude VIOUJARD
SOS Drogue International

Madame Elodie VIRCONDELET
Educatrice - Espoir Provence

Madame Martine URBAIN
CMP Pythéas - CH Edouard Toulouse